

## **ОНИХОДИСТРОФИЯ У БОЛЬНЫХ С ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИЕЙ**

***Зыкова О.С.***

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Артропатический псориаз – одна из форм осложнённого псориаза, которая диагностируется в одной-двух третях случаев распространённого псориаза и встречается в популяции с частотой от 0.1 до 1%. Для заболевания характерны сложность механизмов этиопатогенеза, разнообразие клинических проявлений и вариантов течения заболевания, проблемность подбора индивидуальной терапии. При псориазе I типа поражение опорно-двигательного аппарата развивается по прошествии нескольких лет после начала кожного поражения, в то время как у больных псориазом II типа поражения кожи и опорно-двигательного аппарата возникают с большей или меньшей синхронностью. Установлено, что рентгенологические изменения в суставах больных псориазом могут обнаруживаться при отсутствии жалоб на состояние опорно-двигательного аппарата, равно как начальные признаки псориатического артрита могут не выявляться рентгенологически. По данным литературы, более чем у трети больных псориазом наблюдается поражение ногтевых пластин, а среди больных с артропатическим псориазом ониходистрофия диагностируется у 60-80% больных, что объясняют тесной анатомо-физиологической связью ногтевых пластин с дистальными фалангами пальцев. Ониходистрофия чаще всего предшествует артропатии. В комплексной оценке тяжёлых форм артропатического псориаза, сопровождающихся пораже-

нием внутренних органов, наличие ониходистрофии считают прогностическим неблагоприятным признаком.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 32 пациента с артропатическим псориазом (11 женщин и 21 мужчина) в возрасте от 19 до 65 лет, госпитализированных в кожное отделение в 2005 году. Анализировали индивидуальный и семейный анамнез псориаза, оценивали тяжесть клинических проявлений. Для оценки степени тяжести ониходистрофии пользовались методом Rich и Scher, вычисляя индекс степени тяжести поражения ногтей (ИТПН), при этом учитывали наличие всех вариантов изменений ногтей, обнаруженных при осмотре. С целью диагностики онихомикоза проводилось микроскопическое исследование чешуек поражённых ногтей на грибы.

**Результаты.** Обыкновенная форма псориаза определена у 13 больных (в том числе в сочетании с крупнобляшечной – у 1 больного), экссудативная – у 11 (в том числе у 2 больных – в сочетании с крупнобляшечной в одном и пустулёзной в другом случае), эритродермическая – у 6 больных. Длительность псориаза составляла от нескольких месяцев до 41 года. Ониходистрофия обнаружена у 31 больного. Все больные разделены на 2 подгруппы, представляющие псориаз I и II типов. В подгруппу I типа вошли 29 пациентов, у которых псориаз впервые развился в возрасте от 2 до 39 лет (в среднем – в 23.5 года). У большинства больных этой подгруппы ониходистрофия появилась в сроки от 2 до 20 лет после начала заболевания, а признаки артропатии – в сроки от нескольких месяцев до 3 лет после начала ониходистрофии. Диагноз артропатии был установлен в сроки от нескольких месяцев до 5 лет от начала изменений суставов. У 2 больных поражение ногтей появилось через 10 и 14 лет после начала изменений в суставах и через 11 и 30 лет после начала псориаза соответственно. У 1 больной с псориатической артропатией на фоне ограниченного псориаза, принимающей метотрексат, поражение ногтевых пластин отсутствовало. У 1 больного ониходистрофия предшествовала появлению псориаза. 2 пациента с выраженной ониходистрофией не предъявляли жалоб на состояние опорно-двигательного аппарата. Подгруппу II типа составили 3 больных, у которых начало развития высыпаний на коже сопровождалось поражением ногтей и суставов (2 случая), а у 1 больного происходило на фоне существующих в течение 5 лет ониходистрофии и поражения суставов. Среди больных с I типом псориаза наследственную отягощённость подтвердили 13 больных, отвергли 12 пациентов, затруднились предоставить информацию 4 больных. В другой подгруппе 2 больных не имеют наследственной

отягощённости, 1 больной имеет неопределённый семейный анамнез. При осмотре обнаружены следующие варианты изменения ногтевых пластин: напёрстковидные вдавления, «масляные пятна», гипертрофия, онихолизис, крыловидная деформация края ногтя, подногтевой гиперкератоз, трахионихия, изменение цвета и другие признаки ониходистрофии. Значения ИТПН варьировали от 5 до 160 (максимальная сумма) баллов. При этом у 13 больных ИТПН составлял более 100, из них у 9 – 160 баллов. Это были пациенты с площадью поражения кожи от 2/3 и более; с эритродермическим, экссудативным, в т. ч. в сочетании с крупнобляшечным и пустулёзным, а также крупнобляшечным клиническими вариантами и непрерывно рецидивирующим течением. Онихомикоз диагностирован у одной больной.

Таким образом, несмотря на этапный характер исследования и небольшое количество наблюдений, получены ожидаемые данные о соотношении и динамике развития поражения кожи, артропатии и ониходистрофии у больных с разными типами псориаза. Установлены разнообразные клинические формы поражения ногтей, сочетание наиболее тяжёлого их поражения с осложнёнными и тяжёлыми формами заболевания. В отличие от некоторых литературных данных, в нашем исследовании у больных с артропатическим псориазом преобладали особые и осложнённые клинические формы поражения кожи, непрерывно рецидивирующее течение болезни сочеталось с появлением и прогрессированием суставного синдрома. Поражение ногтей у большинства больных предшествовало появлению жалоб на состояние опорно-двигательного аппарата, а сроки установления диагноза псориатической артропатии у большинства больных не совпадают со временем появления первых признаков поражения суставов.

**Вывод.** Наличие ониходистрофии у больных с распространённым псориазом может являться показанием для углублённого обследования пациента на предмет патологии опорно-двигательного аппарата с целью его раннего выявления и определения тактики лечения.

Литература:

1. Беляев Г.М. Псориаз Псориатическая артропатия / Г.М. Беляев, П.П. Рыжко–3-е изд., доп.–М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 272 с
2. Зыкова О.С. Общая характеристика группы больных с псориатической артропатией // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: Материалы 60-й научной сессии университета – Витебск, 2003. – С. 140-141
3. Насонов Е.Л. Инфликсимаб при спондилоартропатиях и псориатическом артрите: новые показания // Русский медицинский журнал – Том 13. - № 8. – 2005. – С. 528-531
4. Потекаев Н.Н., Кондрашов Г.В. Ониходистрофии при системных заболеваниях соединительной ткани и суставной патологии / Терапия социально значи-

мых заболеваний в дерматовенерологии Тез. IV науч.-практ конф. ГОУ СПО  
ММА, НИИ Молек. мед., ФППОВ, - Москва, 2004. - С. 147-149.

5. Bruce I.N. Psoriatic arthritis: Clinical features // Rheumatology, third edition.  
Edited by M.C. Hochberg et al - L. Sevier Ltd., London. - 2003. - P. 1241-1252/

6. Antoni C. Psoriatic arthritis: Etiology and pathogenesis // Rheumatology, third  
edition. Edited by M.C. Hochberg et al - L. Sevier Ltd , London. - 2003. - P. 1253-  
1257.